

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 43

Entscheid vom 17. November 2021

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr.iur. B._____,

gegen

C._____,
Vorinstanz,

Gegenstand

Krankenversicherung (Kostenübernahme)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 1952) ist bei der C._____ (nachfolgend: C._____) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG versichert.

B. Gestützt auf ein von Dr.med. D._____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH) am 1. Oktober 2019 ausgestelltes Rezept für Progesteron 3% Basiscreme und Testosteron 0.4% Basiscreme (vgl. Einspracheentscheid vom 25.5.2021 Ziff. 1), bezog A._____ am 29. Januar 2020 in der E._____ eine Testosteron 0.4% Basiscreme. Die entsprechende Rechnung leitete A._____ an ihre Krankenpflegeversicherung C._____ zur Kostenübernahme weiter (vgl. Vi-act. 1).

C. Mit Schreiben vom 19. Februar 2020 informierte die C._____ A._____ dahingehend, dass sie die individuelle Hormonsubstitution - da wissenschaftlich nicht belegt bzw. die gesetzlichen Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt seien - aus der obligatorischen Grundversicherung nicht mehr zu übernehmen gedenke. Um einen allfälligen Therapiewechsel zu ermöglichen, sei die C._____ bereit, die entsprechenden Leistungen für weitere sechs Monate bis zum 19. August 2020 zu übernehmen; danach würden weder aus der Grundversicherung noch aus den Zusatzversicherungen Leistungen in Zusammenhang mit der individuellen Hormonsubstitution mehr vergütet werden (vgl. Vi-act. 2). Nachdem sich der Ehegatte namens und auftrags von A._____ damit nicht einverstanden erklärte, hielt die C._____ mit E-Mail vom 6. März 2020 sowie mit Verfügung vom 1. April 2020 an ihrem Entscheid fest und lehnte eine Kostenübernahme der individuellen Hormonsubstitution über die Dauer von sechs Monaten hinaus ab (vgl. Vi-act. 3/4/5).

D. Die am 29. April 2020 dagegen erhobene Einsprache (vgl. Vi-act. 7) - ergänzt am 21. April 2021, nachdem die C._____ mit Schreiben vom 9. Februar 2021 mit neuer Begründung an der Leistungsablehnung festhielt (vgl. Vi-act. 8/12) - wies die C._____ schliesslich mit Einspracheentscheid vom 25. Mai 2021 (vgl. Vi-act. 13) ab.

E. Gegen den Einspracheentscheid vom 25. Mai 2021 liess A._____ am 21. Juni 2021 (Postaufgabe: 22.6.2021) fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Es sei der Einspracheentscheid vom 25.05.2021 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten der umstrittenen Hormonthera-

pie zu übernehmen, eventuell sei die Angelegenheit im Sinne der Erwägung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

2. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die C. _____ beantragt mit Beschwerdeantwort vom 13. Juli 2021 die Abweisung der Beschwerde, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Mit Eingabe vom 30. Juli 2021 liess die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme einreichen. Die Vorinstanz verzichtete am 6. August 2021 auf eine Stellungnahme hierzu. Am 24. September 2021 äusserte sich die Beschwerdeführerin erneut in der Angelegenheit.

F. Am 18. Oktober 2021 reicht die Beschwerdeführerin eine Leistungsabrechnung der Vorinstanz vom 8. Oktober 2021 ein, mit welcher die Kostenübernahme der strittigen Medikamente angezeigt wurde. Es sei zu klären, ob die Vorinstanz die Beschwerde akzeptiere und auch die zurückliegend noch nicht bezahlten Kosten übernehme. Mit Schreiben vom 3. November 2021 teilt die Vorinstanz mit, die Rechnung sei versehentlich vergütet worden; eine Anerkennung des in der Beschwerde I 2021 43 geltend gemachten Anspruchs sei in keiner Weise beabsichtigt.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Zunächst gilt es anzumerken, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand (vgl. BGE 125 V 414 Erw. 1a m.H.a. BGE 119 IB 36 Erw. 1b; BGE 118 V 313 Erw. 3b; BGE 110 V 51 Erw. 3b, je m.H.; vgl. auch BGE 123 V 324 Erw. 6c). Es kann grundsätzlich nur das Gegenstand des Beschwerdeverfahrens sein, was auch Gegenstand der zugrundeliegenden Verfügung war bzw. nach richtiger Gesetzesauslegung hätte sein müssen (vgl. VGE III 2021 83 vom 23.7.2021 Erw. 1.2 m.H.). Was Streitgegenstand ist, bestimmt sich mithin nach dem angefochtenen Entscheid und den Parteibegehren (vgl. BGE 133 II 35 Erw. 2).

1.2 Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheides bildet einzig die vorinstanzliche Leistungsablehnung bezogen auf die Testosteron-Basiscreme, deren Rechnung der Vorinstanz zur Kostenübernahme unterbreitet wurde (vgl. Ziff. 14/18f./22). Bezüglich der Progesteron-Basiscreme lässt sich dem Entscheid

nichts entnehmen, gleichwohl im Grundsatz die Kostenübernahme der individuellen Hormonsubstitution - je mit Testosteron- und Progesteron-Basiscreme - Ausgangspunkt des Verfahrens ist (vgl. vorstehend Ingress lit. B/C). Da die Parteien übereinstimmend davon ausgehen, dass es sich hierbei um ein offensichtliches Versehen handelt, rechtfertigt es sich ausnahmsweise - auch im Sinne der Verfahrensökonomie - den Streitgegenstand auf die Leistungsablehnung der individuellen Hormonsubstitution in Bezug auf die Progesteron-Basiscreme - indes nicht in Bezug auf das Östrogel, die DHEA Tabletten 15mg sowie die Pregnenolon Kapseln 30mg - auszudehnen (vgl. Beschwerde vom 21.6.2021 S. 2f. Ziff. 3/4; Beschwerdeantwort vom 13.7.2021 S.2 Ziff. 4; vgl. Vi-act. 15/16).

2.1 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10] vom 18.3.1994) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG).

2.2 Bei Krankheit handelt es sich gemäss Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 in Verbindung mit Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG um jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Dabei handelt es sich um einen Rechtsbegriff, der sich nicht unbedingt mit der medizinischen Definition von Krankheit überschneidet (vgl. BGE 130 V 284 Erw. 3; BGE 124 V 118). Er setzt einerseits eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit im Sinne eines von der Norm abweichenden physischen, psychischen oder geistigen Zustands und andererseits die Notwendigkeit einer Untersuchung oder medizinischen Behandlung voraus. Die Übernahme der Folgen einer Krankheit setzt zudem voraus, dass sie durch eine Beeinträchtigung der Gesundheit, welche als Krankheit im Rechtssinne zu qualifizieren ist, verursacht wurden. Dafür muss die gesundheitliche Beeinträchtigung ein gewisses Mindestmass erreichen, damit ihr Krankheitswert zukommt. Auf übliche und erträgliche Abweichungen von Ideal- oder Normvorstellungen trifft dies nicht zu (vgl. BGE 137 V 295 Erw. 4.2.2). Die Kostenübernahme für die Behandlung von Krankheitsfolgen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bedingt, dass diese auf einer pathologischen (vgl. BGE 121 V 289 Erw. 2b) Veränderung

des Gesundheitszustandes beruhen und daher als Krankheit zu qualifizieren sind (vgl. Urteile BGer 9C_592/2019 vom 25.5.2020 Erw. 2.2; Urteil BGer 9C_552/2018 vom 21.12.2018 Erw. 5.2). Eine Behandlung oder ärztliche Untersuchung ist erforderlich, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit die körperlichen oder geistigen Funktionen so stark einschränkt, dass der Patient oder die Patientin medizinische Unterstützung benötigt oder der Heilungsprozess ohne diese Unterstützung nicht mehr oder zumindest nicht mit reellen Erfolgchancen noch möglich ist, oder wenn dem Patienten oder der Patientin nicht zugemutet werden kann weiterzuleben, ohne mindestens eine Behandlung versucht zu haben (vgl. BGE 137 V 295 Erw. 4.2.2).

2.3 Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2). Eine Leistung ist wirksam, wenn sie geeignet ist, das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen (vgl. BGE 137 V 295 Erw. 6.1). Die Zweckmässigkeit fragt nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung sowie allenfalls an der Missbrauchsgefahr (vgl. BGE 137 V 295 Erw. 6.2). Das Wirtschaftlichkeitserfordernis bezieht sich auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Diagnose- oder Behandlungsalternativen. Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante beziehungsweise diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Wo es nur eine Diagnose- oder Behandlungsmöglichkeit gibt, ist nach dem allgemeinen Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101] vom 18.4.1999) die Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht (vgl. BGE 136 V 395 Erw. 7.4; vgl. Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Auflage 2016, Rz. 663ff.).

2.4 Für die Vergütung von Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen und von Ärzten oder Chiropraktoren erbracht werden, gilt gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG eine Pflichtleistungsvermutung. Demnach wird vermutet, dass diese Leistungen den in Art. 32 Abs. 1 KVG festgeschriebenen allgemeinen Vergütungskriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen. Die Pflichtleistungsvermutung kann im Einzelfall durch die jeweilige Krankenversicherung mittels Verfügung sowie gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG durch den Verordnungsgeber in Form einer abschlies-

senden Negativliste umgestossen werden. Der Bundesrat hat in Art. 33 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) vom 27. Juni 1995 das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ermächtigt, Ausnahmen von der Pflichtleistungsvermutung vorzusehen. Das EDI hat solche Ausnahmen in Anhang 1 zur Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) festgelegt. Für eine Reihe von Leistungsarten hat der Gesetzgeber demgegenüber das Listenprinzip verankert. Dies gilt namentlich für die nicht von Ärzten oder Ärztinnen und Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, für Leistungen der medizinischen Prävention, gewisse Leistungen bei Mutterschaft, zahnärztliche Behandlungen sowie neue oder umstrittene Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (vgl. Art. 33 Abs. 2 und 3 KVG). In diesen Bereichen sind die Kosten vom Krankenversicherer grundsätzlich nur dann zu übernehmen, wenn die fragliche Leistung vom Ordnungsgeber auf einer Liste positiv aufgeführt ist (Positivlisten), wobei der Bundesrat das EDI zum Erlass der Positivlisten ermächtigt hat (Art. 33 lit. b-d KVV).

2.5 Gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG sind die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen u.a. von Ärzten oder Ärztinnen verordneten Arzneimittel grundsätzlich von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. Arzneimittel sind gemäss Art. 4 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 15. Dezember 2000 'Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen; zu den Arzneimitteln gehören auch Blut und Blutprodukte'. Gemäss Art. 52 KVG gilt für die Vergütung von Arzneimitteln jedoch das Listenprinzip. Nach Art. 52 Abs. 1 lit. a KVG erlässt das EDI nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach Art. 32 Abs. 1 und Art. 43 Abs. 6 KVG unter anderem eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif; dieser umfasst auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin (Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 KVG). Es handelt sich um die Arzneimittel-liste mit Tarif (ALT), die als Anhang 4 zur KLV gehört. Demgegenüber erstellt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gestützt auf Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste, SL). Art. 52 Abs. 3 KVG stellt klar, dass Arzneimittel höchstens nach den auf den entsprechenden Positivlisten vermerkten Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen verrechnet werden dürfen (vgl. Urteil BGer

9C_730/2017 und 9C_737/2017 vom 7.8.2018 Erw. 3.1f. m.H.; Urteil SVG ZH KV.2020.00067 vom 9.4.2021 Erw. 1.5).

2.6 Die für die SL geltenden Regeln finden teilweise auf die ALT sinngemäss Anwendung (Art. 63 Abs. 2 KVV betreffend Aufnahme in die ALT; § 3 der Allgemeinen Bestimmungen zur ALT). Als Positivlisten haben die ALT und die SL gleichzeitig abschliessenden und verbindlichen Charakter. Aufgrund des in Art. 34 Abs. 1 KVG verankerten Listenprinzips können die Krankenversicherer grundsätzlich nur die darin vorgesehenen Arzneimittel übernehmen (vgl. www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel/Arzneimittellistemittarif.html [Arzneimittelliste mit Tarif, Ausgaben vom 1.7.2005 und vom 1.4.2020 sowie mit Änderungen per 1.1.2021], besucht am 19.10.2021; BGE 144 V 333 Erw. 3.2; BGE 139 V 509 Erw. 4.1; BGE 136 V 395 Erw. 5.1; Eugster a.a.O. Rz. 696ff.).

2.7 Ein Arzneimittel kann unter den in Art. 65 KVV statuierten Voraussetzungen, welche für die ALT sinngemäss gelten (Art. 63 Abs. 2 KVV), in die SL aufgenommen werden. Steht es nicht auf der SL, kann es ausnahmsweise trotzdem durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet werden, dies unter den Voraussetzungen der Härtefallregelung nach Art. 71b KVV, welche Bestimmung die Vergütung von nicht in die SL aufgenommenen Arzneimitteln im Einzelfall regelt (vgl. Urteil des SVG ZH KV.2020.00067 vom 9.4.2021 Erw. 1.7).

2.8 Bei einem patientenspezifisch hergestellten Arzneimittel handelt es sich um eine sogenannte Magistralrezeptur (Formula magistralis). Diese ist in Art. 9 Abs. 2 lit. a HMG definiert als Arzneimittel, das in einer öffentlichen Apotheke oder in einer Spitalapotheke in Ausführung einer ärztlichen Verschreibung für eine bestimmte Person oder einen bestimmten Personenkreis hergestellt wird, wobei die Herstellung ad hoc oder defekturmässig erfolgen kann (vgl. Urteil BGer 6B_526/2011 vom 20.3.2012 Erw. 1.3). Für Magistralrezepturen gilt die Besonderheit, dass sie keiner Zulassung durch Swissmedic bedürfen (Art. 9 Abs. 2 Ingress HMG). Für die Erteilung der Herstellungsbewilligung und die Überwachung der Herstellerbetriebe sind die kantonalen Heilmittelinstitute zuständig. Magistralrezepturen dürfen nur auf ärztliche Verschreibung und unter Einhaltung der Regeln der Guten Herstellungspraxis für Arzneimittel in kleinen Mengen hergestellt werden (Art. 26 HMG). Magistralrezepturen dürfen in der Regel nur Wirkstoffe enthalten, welche in der ALT aufgeführt sind (§ 1 Abs. 2 der Allgemeinen Bestimmungen zur ALT). Sind die verwendeten Wirkstoffe auf der ALT nicht gelistet, richtet sich die Kostenübernahme gegebenenfalls nach Art. 71b KVV (BGE 144 V

333; vgl. zum Ganzen auch: Urteil des SVG ZH KV.2020.00067 vom 9.4.2021 Erw. 1).

3.1 Die Vorinstanz geht im angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. Mai 2021 davon aus, dass die vorliegend strittige Testosteron-Basiscreme aus bioidentischen Hormonen - die nicht in der ALT aufgeführt seien und bei denen es sich um chemische Verbindungen handle, welche mit den Hormonen, die die menschlichen Körperdrüsen selbst herstellen, strukturell und funktionell identisch seien - hergestellt werde; demgegenüber handle es sich beim in der ALT gelisteten Testosteron um ein synthetisches Hormon (vgl. S. 4 Ziff. 19). Damit stelle die Magistralrezeptur kein Medikament mit in der ALT gelisteten Wirkstoffen dar, womit eine Kostenübernahme für ein ALT-Arzneimittel ausscheide. Auch Art. 71b i.V.m. Art. 71a KVV greife nicht, da bei der Beschwerdeführerin keine Krankheit vorliege, die schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen könne; vielmehr sei das Therapieziel die Linderung der durch die Wechseljahre hervorgerufenen Beschwerden; somit sei denn auch nicht weiter zu prüfen, ob wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame Behandlungsmethode verfügbar sei und ob ein grosser Nutzen vorliege; ohnehin sei der Einsatz von bioidentischen Hormonen als alternativmedizinische Therapie zu bezeichnen; zudem beurteile AETNA die Therapie als experimentell ohne Nachweis einer durch Studien abgesicherten Wirksamkeit, weshalb ein grosser therapeutischer Nutzen zu verneinen sei (vgl. S. 4 Ziff. 21). Mithin entfalle eine Kostenübernahme für die Testosteron-Basiscreme durch die Vorinstanz (vgl. S. 4 Ziff. 19/22).

3.2 Die Beschwerdeführerin bringt dagegen beschwerdeweise vor, sie leide seit 2006 an einer komplexen Hormonmangelsituation und sei in den vergangenen Jahren von verschiedenen Ärzten therapiert worden (vgl. Beschwerde vom 21.6.2021 S. 3f. Ziff. 8-12). Ein Erfolg sei indes ausgeblieben. Erst als die Beschwerdeführerin im April 2014 Dr.med. D. _____ aufgesucht und dieser die Therapie auf Progesteron 3% Salbe, Testosteron 0.4% Salbe, Östrogel, DHEA Tabletten 15 mg und Pregnenolon Kapseln 30mg umgestellt habe, seien die Symptome sowie Nebenwirkungen vollständig verschwunden (vgl. S. 5 Ziff. 13; S. 6 Ziff. 20). Anfangs habe die Vorinstanz die Kosten der Arzneimittel Progesteron 3% Salbe und Testosteron 0.4% Salbe vergütet; seit Juli 2019 verweigere sie deren Kostenübernahme. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Vorinstanz nunmehr die zuvor vorbehaltlos vergüteten Hormonpräparate - obschon sich diese als wirtschaftlicher erweisen - nicht mehr vergüten wolle (S. 5f. Ziff. 15/16; S. 7 Ziff. 22/23; vgl. Eingabe vom 30.7.2021). Komme hinzu, dass die in der Rezeptur verwendeten Hormone (Progesteron, Estradiol) in der Arzneimittelliste explizit

erwähnt seien. Die Beschwerdeführerin verlange dabei hinsichtlich der Aufnahme der in der Rezeptur verwendeten Hormone in der Arzneimittelliste die Einholung einer gutachterlichen Beurteilung (vgl. S. 6f. Ziff. 21). Da die Vorinstanz schliesslich anfänglich die Kosten der umstrittenen Präparate vergütet habe, sei gestützt auf den Grundsatz von Treu und Glauben von einer Vergütungspflicht auch dann auszugehen, selbst wenn die angewandten Präparate nicht als Pflichtleistungen anzuerkennen wären (vgl. S. 7 Ziff. 23; vgl. Eingabe vom 30.7.2021 sowie vom 24.9.2021).

3.3 Streitig ist bzw. nachfolgend zu beurteilen gilt es, ob die Vorinstanz im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Übernahme der Kosten für die Hormontherapie der Beschwerdeführerin mittels Progesteron 3% Basiscreme und Testosteron 0.4% Basiscreme zu Recht abgelehnt hat. Nachdem die Vorinstanz die entsprechenden Kosten gemäss der unbestritten gebliebenen Darstellung bis zum 18. August 2020 vorbehaltlos übernommen hatte, geht es vorliegend nurmehr um die sich daran anschliessende Zeit ab dem 19. August 2020, für welche die Vorinstanz eine Leistungspflicht verneint hat.

4.1 Die Beschwerdeführerin weist beschwerdeweise darauf hin, dass sie seit 2006 an einer komplexen Hormonmangelsituation leide. Diesbezüglich stellte Dr.med. D._____ (Allgemeine Innere Medizin FMH) als behandelnder Arzt am 21. April 2020 folgendes ärztliches Attest aus (vgl. Bf-act. 4/Vi-act. 6):

"Bei der oben genannten Patientin liegt eine komplexe Hormonmangelsituation vor, die seit 12/2012 von mir durch eine umfassende, bedarfsangepasste Substitution mit verschiedenen Hormonpräparaten behandelt wird. Bei Frau A._____ konnte so u.a. ein langjähriges Migräneleiden sowie eine ausgeprägte Burn-Out Symptomatik erfolgreich kontrolliert werden. Der Hormonersatz erfolgt ausschliesslich aus medizinischen Gründen. Die angewandte Methodik entspricht in keiner Weise der sog. Rimkusmethode und verfolgt nicht das Ziel eines "Antiaging".

Die Diagnosestellung bestätigte Dr.med. D._____ mit ärztlichem Attest vom 24. März 2021 (vgl. Bf-act. 5). Mit E-Mail vom 4. April 2020 bestätigte der die Magistralrezeptur herstellende Dr. F._____ von der E._____ gegenüber dem Ehemann der Beschwerdeführerin, dass die in der Rezeptur verwendeten Hormone (Progesteron, Estradiol, jedoch nicht das Estriol) in der ALT gelistet seien (vgl. Bf-act. 3). Weitere medizinische Unterlagen bzw. fachärztliche Beurteilungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sind den Akten nicht zu entnehmen.

4.2.1 Bei den umstrittenen Progesteron 3% und Testosteron 0.4% Basiscremen (vgl. vorstehend Erw. 1.2/3.3) zur Behandlung der oberwähnten gesundheitlichen Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin handelt es sich unbestrittenermassen

nicht um ein in der SL aufgeführtes Arzneimittel. Damit fällt eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gestützt auf die SL - unbestrittenmassen - ausser Betracht.

4.2.2 Die Basiscremen werden im Rahmen einer sogenannten Magistralrezeptur in einer Apotheke in Ausführung einer ärztlichen Verschreibung für die Beschwerdeführerin verwendungsfertig hergestellt. Laut Apotheker werden hierzu Progesteron sowie Estradiol - nicht jedoch Estriol - verwendet, die auf der ALT gelistet seien (vgl. vorstehend Erw. 4.1).

Der ALT (Ausgabe vom 1.1.2021) kann entnommen werden, dass 'Progesteronum Ph. Eur' und 'Estradiol hemihydrate Ph. Eur' - sowie 'Testosteroni propionas Ph. Eur' - als in Magistralrezepturen zu verwendende Wirkstoffe gelistet sind, weshalb unter diesem Titel grundsätzlich von einer Kostenvergütung für Magistralrezepturen, welche diese Wirkstoffe verwenden, auszugehen ist (vgl. vorstehend Erw. 2.6; angefochtenen Einspracheentscheid vom 25.5.2021 S. 3f. Ziff. 16/18).

4.2.3 Dabei zeigt sich jedoch, dass die dem Gericht zur Verfügung stehenden Akten nur unzureichend sind, um insbesondere die zu klärende Frage zu beantworten, ob die vom Apotheker verwendeten Wirkstoffe gelistet sind, namentlich der Progesteron-Wirkstoff der Substanz 'Progesteronum Ph. Eur' (gemäss aktuellen Ph.Eur-Monographie) entspricht oder nicht. Denn damit setzen sich weder die beiden ärztlichen Atteste vom 21. April 2020 bzw. vom 24. März 2021 noch das knapp gehaltene E-Mail vom 4. April 2020 von Dr. F. _____ von der E. _____ auseinander. Ebenso wenig liegen diesbezüglich Anhaltspunkte zu den Wirkstoffen Testosteron oder Estradiol oder weiteren in den Magistralrezepturen verwendeten Wirkstoffen vor. Auch liegen keine weiteren diesbezüglichen Abklärungen der Vorinstanz vor. Sie behauptet wohl, es seien die Magistralrezepturen mit bioidentischen und nicht synthetischen Hormonen hergestellt werden. Zum einen jedoch steht diese Behauptung unbelegt im Raum. Weder die Beschwerdeführerin noch der behandelnde Arzt noch der herstellende Apotheker äussern sich hierzu; gestützt auf welche Fakten die Vorinstanz diese Feststellung trifft, erhellt aus den Akten nicht. Zum andern ist in diesem Zusammenhang nicht ersichtlich, ob bzw. inwiefern die ALT zwischen bioidentischen und synthetischen Hormonen unterscheidet (vgl. www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/legal/pharmacopoea.html, besucht am 19.10.2021). Mit diesen Fragen hat sich die Vorinstanz zu Unrecht nicht bzw. nur ungenügend und keinesfalls nachvollziehbar auseinandergesetzt.

4.3 Die Angelegenheit ist mithin in Gutheissung der Beschwerde zwecks der oberwähnten Vornahme von weiteren Sachverhaltsabklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Insbesondere wird sie u.a. gestützt auf das Herstellungsprotokoll bzw. den Auszug aus dem Magistralbuch des Apothekers der Apotheke Höfe in Wollerau zu beurteilen bzw. nachvollziehbar abzuklären haben, ob die ihr in Rechnung gestellten Magistralrezepturen Wirkstoffe enthalten, die in der ALT gelistet sind. Soweit sie eine Listung einzig mit der Begründung ausschliesst, es handle sich um bioidentische und nicht synthetische Hormone, so wird sie nachvollziehbar und schlüssig begründen müssen, weshalb diese Wirkstoffe nicht gelistet sind.

5.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} AVIG).

5.2 Dem Verfahrensausgang entsprechend hat die beanwaltete Beschwerdeführerin zu Lasten der Vorinstanz Anspruch auf eine Parteientschädigung, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen ist (Art. 61 lit. g ATSG). In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien, wird die Parteientschädigung in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf Fr. 1'800.-- (inkl. MwSt und Barauslagen) festgelegt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. Mai 2021 sowie die Verfügung vom 1. April 2020 aufgehoben. Die Angelegenheit wird an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin neu verfügt.
2. Das verwaltungsgerichtliche Verfahren ist kostenlos.
3. Die Vorinstanz hat der beanwalteten Beschwerdeführerin eine Parteidenschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R; unter Beilage des vorinstanzlichen Schreibens vom 3.11.2021)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 17. November 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 29. November 2021